

FACTEUR DETERMINANTS LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE LA RUE DE 06 MOIS A 15 ANS A BAMAKO

DETERMINING FACTOR OF MALNUTRITION AMONG STREET CHILDREN AGED 6 MONTHS TO 15 YEARS IN BAMAKO

AMINATA DRAME^{1,2}, DJENEBA COULIBALY^{1,3,4}, OUMAR SANGHO^{1,5}, IBRAHIMA SANGO¹,
YACOUBA TOGOLA², FANTA SANGHO^{1,3,6}, SOUMAILA DIARRA⁷, TENIN OULOGUEME^{1,8},
FATOUMA HAIDARA¹, ABDRAMANE COULIBALY¹, NOUHOUM SOW¹, HAMADOUN SANGHO^{1,3,4},
AKORY AG IKNANE^{1,3,4}

¹Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali

²Samu social Mali

³Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Biologiques et Médicale, Faculté de Pharmacie (FAPH), USTTB, Bamako, Mali

⁴Institut National de Santé Publique (INSP)

⁵Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM), Bamako, Mali

⁶Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), Bamako, Mali

⁷Système d'Alerte Précoce (SAP)

⁸Direction Nationale de la Santé

Auteur correspondant : Aminata Dramé, 71 00 62 54, amihd2002@yahoo.fr

Résumé :

Au Mali, la population des enfants de la rue ne cesse d'augmenter depuis une décennie, la principale difficulté évoquée est de se nourrir. L'objectif de cette étude était d'analyser la prévalence de la malnutrition et ses facteurs déterminants chez les enfants de la rue de 6 mois à 15 ans dans le district de Bamako. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive qui s'est déroulée à Bamako de novembre 2017 à février 2018, elle avait concerné les enfants de 06 mois à 15 ans, leurs mères ou gardiennes d'enfants qui étaient présents sur les sites les plus fréquentés. Les données ont été saisies sur EPI Data 3.5.1, transférées sur ENA for SMART pour la normalisation et analysées sur SPSS 21.0. La tranche d'âge 6-23 mois était plus représentée (58,2%) avec, la prévalence de l'Insuffisance Pondérale était de 29,9%, 25,4% pour le Retard de Croissance et 35,8% pour l'émaciation. Le niveau d'instruction des mères et le sexe de l'enfant avaient une relation significative avec l'IP avec respectivement $p=0,04$ et $0,03$. Les prévalences des formes de malnutrition étaient élevées chez les enfants de la rue, les facteurs de vulnérabilité étudiés n'avaient aucune relation avec la malnutrition.

Mots clés : malnutrition, vulnérabilité, enfants de la rue Bamako.

Abstract

In Mali, the population of street children has been increasing for a decade, the main difficulty mentioned is to feed themselves. The objective of this study was to analyze the prevalence of malnutrition and its determinants in street children aged 6 months to 15 years in the district of Bamako. We carried out a descriptive transversal study which took place in Bamako from November 2017 to February 2018, it concerned children from 06 months to 15 years, their mothers or babysitters who were present on the sites the most frequented. The data was entered on EPI Data 3.5.1, transferred to ENA for SMART for standardization and analyzed on SPSS 21.0. The age group 6-23 months was more represented (58.2%) with, the prevalence of underweight was 29.9%, 25.4% for growth retardation and 35.8% for wasting. The education level of the mothers and the sex of the child had a significant relationship with the PI with respectively $p = 0.04$ and 0.03 . The prevalence of forms of malnutrition was high among street children, the vulnerability factors studied had no relation to malnutrition.

Keywords: malnutrition, vulnerability, street children Bamako.

1. Introduction

La malnutrition sous toutes ses formes est une préoccupation globale, qui affecte en particulier les populations hautement vulnérables dans plusieurs régions du monde (International Food Policy Research Institute, 2016). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (OMS, 1982). Elle constitue un problème de santé publique dans la plupart des pays en développement et particulièrement en Afrique sub-saharienne où les performances dans ce domaine sont les plus faibles (Black RE et al., 2013). Selon le rapport mondial sur la nutrition (2016), 159 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance dans le monde en 2014 soit 23%, 50 millions d'émaciation soit 7,5% et 41 millions de surpoids soit 6,1% (Black RE et al., 2013). Près de 90 % d'entre eux vivent en Afrique sub-saharienne et en Asie. Les causes sont multiples : le manque d'alimentation, d'eau potable, de sanitaires, de soins médicaux et d'éducation, ainsi que la pauvreté (International Food Policy Research Institute, 2016).

Selon la FAO, la prévalence de la sous-alimentation en Afrique subsaharienne entre 1990-1992 et 2014-2016 est respectivement de 33% et 23% pour l'Afrique subsaharienne, 47% et 32% en Afrique de l'Est, 34% et 41% en Afrique centrale, 7% et 5% en Afrique Australe, 24% et 10% en Afrique de l'Ouest. La sous-région qui a le mieux réussi à réduire la faim est l'Afrique de l'Ouest, où le nombre de personnes sous-alimentées a diminué de 24,5% en 24ans et où la prévalence de la sous-alimentation a aussi fortement baissé. L'état nutritionnel des enfants au Mali n'en demeure pas moins préoccupant. Selon l'EDSM-V réalisée en 2012-2013, 12,7% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë, 38,3% de malnutrition chronique, 25,5% d'insuffisance pondérale et 82% d'anémie (CPS/SSDSPF et al., 2014).

L'enquête SMART (2015) montre que les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (42% contre 23%) et que la prévalence de la malnutrition chronique varie d'un minimum de 21% à Bamako à un maximum de 47% à Mopti. Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère (Ministère de l'économie et des finances, 2015 Instat SMART).

Face à la malnutrition, les populations les plus vulnérables sont entre autres les populations pauvres, les réfugiés et les déplacés (40% sont des enfants), et les personnes atteintes du VIH-Sida (UNICEF, 2009).

A ces populations les plus vulnérables citez ci-dessus s'ajoute celle des enfants en situation de rue de nos grandes villes, ce phénomène devient récurrent d'année en année dans nos différents pays. Le nombre total d'enfants des rues est inconnu mais, selon l'UNICEF (2006) il s'élève à plusieurs dizaines de millions dans le monde. Il n'y a pas de recensement de ces enfants, et les seules sources sont des estimations provenant d'associations locales, faites au niveau d'une ville. Les chiffres issus de ses estimations varient selon la définition employée et sont (de, des, de la, en situation de rue) parfois exagérés pour « mieux » défendre leur cause (UNICEF, 2006). En décembre 2015, la France comptait plus de 31 000 enfants sans abri et vivant dans la rue (Mouloud, 2015). Les estimations font ainsi état de 11 millions d'enfants des rues en Inde, 445 000 au Bangladesh, 250 000 au Kenya, 200 000 à Kinshasa. (Samu

Social Internassions 2017). Le phénomène prend de l'ampleur dans notre pays depuis plus d'une décennie. Nous n'avons pas eu de statistique fiable, mais les rapports d'activités du Samu Social Mali, d'octobre 2001 à la date du 31 décembre 2017, avaient trouvé 5055 enfants et jeunes identifiés à Bamako (Samu social Mali, 2017). Milieu urbain par excellence, Bamako la capitale du Mali et aussi la plus grande agglomération du pays. Du fait d'un développement économique inégalement réparti, la ville de Bamako attire de nombreuses populations de l'intérieur du Mali, en quête d'un avenir meilleur.

Ces enfants en détresse psychosocial dans la rue sont exposés à plus de difficultés dans la rue. La principale difficulté évoquée par les enfants et jeunes de la rue reste celle de se nourrir. Elle est citée comme première difficulté chez plus 40% des enfants et jeunes dans la rue selon le rapport annuel 2017. Cette situation interpelle et mérite une attention particulière. Il existe très peu d'étude sur les enfants et jeune de la rue ; et les quelques études retrouvées ne traitent pas l'aspect nutrition d'où l'intérêt de la présente étude qui vise à analyser la prévalence de la malnutrition et ses facteurs déterminants chez les enfants de rue de 6 mois à 15 ans à Bamako.

2. Matériels et méthodes

Notre étude s'était déroulée dans le District de Bamako, précisément dans les principaux lieux de regroupement des enfants de la rue appelés sites. Au total nous avons 21 sites recensés par différentes ONG intervenant dans les rues à Bamako et les enfants enquêtés provenaient de 15 de ces sites à savoir : 01- Byblos 02- Grande mosquée 03- Worocour 04- N'Golonia - 05- Vox 06- Ets Doumbiala 7- Flotto Rouge 8- Place Guinée-9- Halles de Bamako 10- Autogare 11- Bar ONT 12- Pharmacie du 2ème pont 13- Kanuya 14- BNCE 15- CSB. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée de novembre 2017 à février 2018. Nous avons inclus tous les enfants de 06-59 mois et leurs mères ou gardiens d'enfants, et les enfants de 06 à 15 ans qui étaient présents lors de notre passage sur les différents sites.

Le choix de cette tranche d'âge s'explique par le fait qu'environ 66% des enfants de la rue sont âgés de 10 à 16 ans (Samu social Mali, 2017) . A cet âge ces enfants sont vulnérables à beaucoup de facteurs (lieu de dortoir, source de revenu, revenu suffisant ou pas, temps dans la rue, accès aux soins, nombres d'enfants dans la rue).

Nous avons utilisé deux types de questionnaires :

- un questionnaire pour les enfants de moins de 5 ans et leurs mères : contenant les caractéristiques sociodémographiques des mères ; les facteurs de vulnérabilité ; les facteurs environnementaux ; les facteurs liés à la santé ; les facteurs liés à l'alimentation pour les enfants de moins de 5ans ; Niveau de connaissance des mères sur la malnutrition et la prise des mesures anthropométriques chez les enfants moins de 5 ans. Les valeurs des indices nutritionnels ont été calculées par rapport à la population de référence de l'OMS 2006 et la présence d'œdème pour la malnutrition aiguë a été considérée comme malnutrition aiguë sévère,
- un questionnaire pour les enfants de plus de 5ans : portant sur les caractéristiques sociodémographiques ; les facteurs de vulnérabilité ; les facteurs environnementaux ; les facteurs liés à la santé et l'état nutritionnel. Leur état nutritionnel a été déterminé par l'indice de masse corporelle (IMC =

(poids)/(taille²). Tous les enfants qui avaient un IMC inférieur à 18,5 étaient considérés comme malnutris.

La variable dépendante était la malnutrition et les variables indépendantes étaient les caractéristiques sociodémographiques des enfants et des mères/gardiennes d'enfants, les facteurs de vulnérabilité, les conditions de la rue, les facteurs liés à l'alimentation et à la santé. Les données collectées par entretien individuel en mode face à face ont été saisies sur EPIDATA 3.5.1. L'analyse des données anthropométriques a été faite avec le logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment) pour les enfants de moins de 5 ans et complétée par le logiciel SPSS 21.0.

Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les proportions et les variables quantitatives avec leurs moyennes et l'écartype. Nous avons réalisé des tests de Khi Deux pour déterminer les associations avec un seuil de signification $p=0,05$. Pour déterminer les facteurs de vulnérabilités nous avons utilisé variables liées aux conditions de vie dans la rue telles que : source de revenue, lieux de dortoir, temps de présence dans la rue.

Le consentement éclairé et verbal de tous les enquêtés a été obtenu avant la collecte après une explication sur les objectifs de l'étude et les procédures de collecte de données. La confidentialité et l'anonymat étaient garantis.

3. Résultats

Pendant notre période d'étude, 203 : enfants de 06 à 59 mois, leurs mères ou gardiennes et aussi les enfants de 5 à 15 ans ont été enquêtés au niveau de 15 sites sur les 21 fréquentés. Parmi eux, nous avons 67 enfants de moins de 5 ans, 70 enfants de plus de 5ans, 60 mères et 6 gardiennes d'enfants.

3.1. Les enfants de 6 à 59 mois

Le sexe féminin était plus représenté avec 52,8%, avec un sexe ratio de 0,91. La tranche d'âge 6-23 mois était plus représentée avec 58,2% (Tableau I). La prévalence des différents types de malnutrition était de 29,9%, pour l'insuffisance pondérale 25,4% de retard de croissance et 35,8% d'émaciation.

Tableau I : Répartition des enfants de la rue de 06-59 mois selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge (Mois)		
6-23	39	58,2
24-59	28	41,8
Total	67	100,0
Sexe		
Masculin	35	52,2
Féminin	32	47,8
Total	67	100

Seulement 16,1% des enfants étaient allaités exclusivement au sein avant 6 mois ; 76,7% avaient reçu une alimentation de complément avant leurs six premiers mois de vie, suivis de 18,3% quand ils étaient entre six et onze mois.

Les mères qui dormaient avec leurs enfants sur le site en plein air étaient de 54,8%, leur principale source de revenu était la prostitution avec 56,5%. Le revenu était insuffisant chez 73,8% des mères et 91,9% étaient à plus de 5 mois dans la rue (Tableau II).

Tableau II : Répartition des mères d'enfants de la rue selon les facteurs de vulnérabilités à Bamako en 2017

Facteurs de Vulnérabilités	Effectif	Pourcentage
Source de revenu n=62		
Mendicité	15	22,4
Petit métier	11	16,4
Prostitution	35	52,2
Autres	1	1,5
Revenu suffisant n=61		
Non	46	75,4
Oui	15	24,6
Lieux de dortoir n=62		
Site / plein air	34	54,8
Site / magasin	12	19,4
Centre d'hébergement	16	25,8
Temps de présence dans la rue n=62		
1 mois	1	1,6
2 mois	1	1,6
3-4 mois	3	4,8
5 mois et plus	56	93,3
Autre	1	1,6

La majorité des mères avaient confirmé (93,4%) avoir accès aux soins contre 6,3% à travers les structures qui viennent vers elles dans la rue (Samu Social, 2017). 68,9% des enfants avaient fait une Infection Respiratoire Aiguë (IRA) récemment, 18% des enfants avaient fait un épisode de paludisme et 13,1% avaient fait un épisode de diarrhée. 21% des enfants de la rue n'avaient jamais eu une dose de vaccin selon leurs mères (Tableau III).

Tableau III : Répartition des mères des enfants de la rue selon les facteurs liés à la santé à Bamako en 2017

Facteurs liés à la santé	Effectif	Pourcentage
Accès aux soins n=63		
Non	4	6,3
Oui	59	93,7
Survenu de maladie n=61		
IRA	42	68,9
Diarrhées	8	13,1
Paludisme	11	18
statut vaccinal n=62		
Non	13	21
Oui	49	79

Nous n'avons pas trouvé de relation entre les différents types de malnutrition et les facteurs de vulnérabilité bien qu'ils étaient présents. Le niveau d'instruction des mères avait une relation significative avec l'IP ($p=0,04$) et le sexe des enfants de moins de 5ans avec l'IP ($p=0,03$). (Tableau IV).

Tableau IV : Prévalence de la malnutrition en fonction des caractéristiques sociodémographiques des mères des enfants de la rue de 6-59 mois à Bamako en 2017.

Caractéristique sociodémographiques mères	Malnutrition		
	Insuffisance Pondérale	Retard de Croissance	Emaciation
Age mère	P val 0,53	0,20	0,90
Moins de 30 ans	70	88,2	75,0
30 ans et plus	30	11,8	25,0
Niveau d'instruction	P val 0,04	0,50	0,19
Pas instruite	60	68,8	66,7
Instruite	40	31,2	33,3

3.2. Chez les mères ou gardiennes d'enfants de 06 à 59 mois :

La moyenne d'âge chez les mères était de 24,09 ans. La tranche d'âge de 15- 24 ans était plus représentée avec 69,7%. 58,2% des mères et/ou gardiennes d'enfants étaient célibataires et 65,2% parmi elles étaient non scolarisées. (Tableau V).

Tableau V : Caractéristique sociodémographiques des mères ou gardiennes d'enfants de 06-59 mois de la rue à Bamako en 2017.

Caractéristique sociographique	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge	n=66	
15-24 ans	46	69,7
25-34 ans	14	21,2
35-49 ans	6	9,1
Situation Matrimonial	n=65	
Mariée	12	17,9
Célibataire	39	58,2
Divorcée	10	14,9
Veuve	4	6
Niveau d'inscription	n=66	
Primaire	14	21,2
Fondamental	2	3
Coranique	7	10,6
Non scolarise	43	65,2

Près de 68,3% des mères s’approvisionnaient en eau de boisson au robinet (fontaines publiques au niveau des monuments ou lieu publique), 11,1% des mères utilisaient l’eau de puits des familles voisines et 7,9% s’approvisionnaient en eau de forage (sachet d’eau par les vendeuses) selon elles. Pour l’utilisation des toilettes, 63,8% des mères avaient utilisé les toilettes publiques non loin des sites pour les besoins naturels, 20,7% des mères avaient utilisé les toilettes des centres d’hébergements et 5,2% des mères satisfaisaient leur besoin en plein air. Le lavage des mains étaient pratiqués par 51,7% avant chaque repas et 48,3% des mères après la sortie des toilettes. **(Tableau VI).**

Tableau VI : Répartition des mères des enfants de la rue selon les facteurs environnementaux à Bamako en 2017

Variable	Effectif	Pourcentage
Approvisionnement en eau de boisson	n=63	
Robinet	43	68,3
Puits	7	11,1
Forage	5	7,9
ne sait pas	7	11,1
Autres	1	1,6
Utilisation toilettes	n=58	
toilette/voisin	5	8,6
toilette/public	37	63,8
plein air	3	5,2
Toilette des centres d’hébergement	12	20,7
Autres	1	1,7
Pratique de lavage des mains	n=58	
Sortir des toilettes	28	48,3
Avant chaque repas	30	51,7

3.3. Chez les enfants de 05 à 15 ans :

Le sexe masculin était plus représenté avec 75,7%. La tranche d’âge la plus représentée était celle de 12 à 15 ans et 40% étaient des lavandières avant leur venue dans la rue **(Tableau VII).**

Tableau VII: Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 5-15 ans de la rue

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage
Sexe	n=70	
Féminin	17	24,3
Masculin	53	75,7
Tranche d’âge	n = 68*	
8-11 ans	29	41,4
12-15 ans	39	55,7
Profession avant la rue	n=70	
Elève Coranique	27	38,6
Aide-ménagère	6	8,6
Vendeuse Ambulante	7	10,0
Lavandière	28	40,0

*l’âge de deux enfants est resté inconnu

Nous avons trouvé 33% de déficit énergétique chronique (DEC) chez les enfants de 5 à 15 ans. Notre étude avait montré que 50% des enfants de 5-15ans avaient fait une IRA, 30,0% avaient fait un épisode paludisme. 17,1% des cas de diarrhée. Pour la vaccination 52,9% avaient reçu au moins une dose de vaccin contre 47,1% qui n'ont jamais été vaccinés.

Notre étude avait montré que 72,5% des enfants de plus de 5 ans dormaient en plein air sur le site. 14,5% dormaient dans les magasins sur le site et 13% dans un centre d'hébergement. Comme source de revenu, 64,7% des enfants de plus de 5 ans de la rue vivaient de mendicité, 20,0% vivaient des petits métiers de la rue (Apprenti Sotrama, vendeurs ambulants) et 8,6% de prostitutions. Pour l'accès aux soins, 61,4% avaient accès aux soins contre 38,6%. Parmi 70 enfants enquêtés, 51 soit 72,9% disaient avoir un revenu insuffisant contre 27,1% qui disaient avoir un revenu suffisant. 61,4% avaient accès aux soins contre 38,6%. La majorité de ces enfants (78,6%) étaient à plus de 6 mois de rue à Bamako.

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le DEC et les différents facteurs étudiés (sociodémographiques, vulnérabilité et sanitaire).

4. Discussion

Notre étude a pu déterminer la prévalence des différents types de malnutrition chez les enfants de 06 mois à 15 ans présents sur les 15 sites les plus fréquentés à Bamako lors de notre passage. Cependant nous avons observé quelques limites :

- la mobilité du groupe cible a fait que seuls les enfants présents lors de nos passages ont été concernés ;
- la difficulté d'avoir des études similaires dans la littérature pour les enfants de plus de 5ans nous a poussé à orienter les discussions sur les enfants de 06 à 59 mois seuls ;
- certaines questions reposaient sur les souvenirs des participants posant le problème de biais de mémorisation.

4.1. Les enfants de 06 à 59 mois

La tranche d'âge de 6-23 mois était la plus représentée avec 58,2%. Ce résultat est différent de celui de DIAWARA F et al. en commune II de Bamako qui trouvent 26% pour la même tranche d'âge (Diawara F et al., 2013).

Le sexe féminin était le plus représenté avec un sex ratio de 0,91. KONE. J D à Bamako (Koné, 2010) trouve la même tendance chez les filles et chez les garçons. Nos résultats étaient différents de ceux de l'EDSM V de 2012-2013 et de celle DIAWARA F. et al. (CPS/SSDSPF et al., 2014 ; Diawara F et al., 2013) qui trouvent une prédominance masculine.

Nous avons trouvé 29,9% pour l'insuffisance pondérale (IP), 25,4% de retard de croissance (RC) et 35,8% d'émaciation. Ces résultats étaient nettement très élevés par rapport aux seuils de l'OMS sauf pour le retard de croissance qui est dans la moyenne. Nos résultats étaient différents de ceux de Bamako avec 7,2% pour l'IP, 11,5% pour le RC et 10,9% pour l'émaciation (Diawara F et al., 2013). Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions de vie difficiles des enfants de la rue.

Seulement 16,1% des enfants de moins de 5ans avaient été allaité exclusivement, l'EDSM V trouve 33% en 2012 (CPS/SSDSPF et al., 2014). Ce faible taux pourrait être dû aux conditions de vie des mères, qui vivant dans la rue n'ont pas accès aux services de santé où elles peuvent avoir les informations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Nous avons trouvé que 76,7% des enfants avaient reçu une alimentation de complément avant leurs six premiers mois. Par contre DIAWARA F et al. trouvent que l'alimentation de complément est introduite chez les enfants de 6 mois et plus dans 80, 2% des cas (Diawara et al., 2013). Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction très bas des mères et /ou du fait qu'elles ne sont pas touchées par les messages de sensibilisation transmis dans les structures de santé.

Les principales raisons de venue des enfants de moins de 5 ans avec leurs mères étaient l'insuffisance de revenu, les grossesses non désirées et les maltraitances avec respectivement 62,9% ; 8,1% et 8,1%. Ces résultats sont différents de ceux de KONE JD à Bamako qui trouve respectivement 39%, 20% et 16% des cas (Koné, 2010).

Pour déterminer les facteurs de vulnérabilités, les mères qui dormaient avec leurs enfants sur le site en plein air étaient de 54,8%, leurs principales sources de revenu étaient la prostitution avec 56,5%. Le revenu était insuffisant chez 73,8% des mères et 91,9% avaient fait plus de 5 mois dans la rue. Les activités de survie des mères font qu'elles n'ont pas le temps de s'occuper de leurs enfants, Or, la tranche d'âge 06 – 12 mois correspondent à l'âge de sevrage progressif qui est une période cruciale qui fait partir des 1000 premiers jours de l'enfant. Cela pourrait expliquer la prévalence élevée de la malnutrition de notre population.

4.2. Les mères et/ou gardiennes d'enfants de 06 à 59 mois

Parmi les mères d'enfants enquêtées, la tranche d'âge de 15- 24 ans était la plus représentée avec 69,7%. Ce résultat était différent de celui à Bamako en 2012 où la tranche d'âge de 25 – 34 ans est la plus représentée avec 42,4% (Diawara F et al., 2013).

Les mères des enfants vivant dans la rue étaient célibataires dans 58,2% des cas, 65,2% n'avaient aucun niveau d'instruction. Ces résultats étaient différents de ceux de l'EDSM V qui trouve respectivement 83% de mères mariées et 44,6% de non instruction en 2012 (CPS/SSDSPF et al., 2014). Ces différences pourraient s'expliquer par les conditions socioéconomiques très précaires et les contraintes sociales de notre population d'étude.

4.3. Les enfants de plus de 5 ans

Le sexe masculin était majoritaire avec 75,7%. Ce résultat est proche de celui obtenu par le Samu social à Bamako qui est de 78% (Samu social, 2010).

Chez les enfants de plus de 5 ans le DEC était de 33% avec un IC à 95% de [22,9-44,2]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elle soit extrêmement vulnérable, en plus de vivre dans la rue, la plupart était sans revenu ou avec un revenu insuffisant.

Les principales raisons de venue dans la rue étaient l'insuffisance de revenu, la maltraitance et les conflits intrafamiliaux. Ce résultat est différent de celui du rapport du Samu social en 2012 à Bamako (Samu social, 2012) qui trouve comme principales raisons le conflit de famille, le conflit avec le maître coranique et les raisons économiques. La mendicité était la principale source de revenu de ces enfants avec 64,7% suivi par les métiers de la rue 26,5% (aide-ménagère, guide mendiant, docker et apprenti). Notre résultat était comparable à celui obtenu par le Samu social en 2012 (Samu social, 2012).

Notre étude a montré que 72,5% des enfants de plus de 5 ans dormaient en plein air sur le site, 14,5% dans les magasins sur le site et 13% dans un centre d'hébergement. Les facteurs de vulnérabilité et les caractéristiques sociodémographiques n'avaient pas de relation significative avec le déficit énergétique.

5. Conclusion :

Les prévalences des différentes formes de malnutrition étaient élevées chez les enfants de 06 mois à 15 ans vivant dans la rue. Le niveau d'instruction des mères et le sexe des enfants de moins de 5 ans avaient une relation significative avec l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Les différents facteurs de vulnérabilités étudiés n'avaient aucune relation significative avec la survenue de la malnutrition chez les enfants de la rue. Cependant il est important de porter une attention particulière à l'alimentation et à l'état nutritionnel de cette population vulnérable.

Références

Black RE, Victora CG, Walker SP, et le groupe d'étude sur la nutrition maternelle et infantile. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income countries. LANCET ; consulté le 6 -06-2017 sur <http://maliactu.net/situation-nutritionnelle-des-enfants-au-mali-38-souffrent-de-malnutrition-chronique/>

Diawara F, Iknane AA, Touré OB, Sangho O. 2013. Facteurs associés à l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois en commune 2 du district de Bamako. Mali Santé Publique :100–3. <https://doi.org/10.53318/msp.v3i01.1438>.

INSTAT. 2015. Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité rétrospective (SMART), Mali. <https://www.unicef.org/mali/media/2331/file/SMART%202015.pdf>.

International Food Policy Research Institute. Rapport sur la nutrition mondiale (2016), Des promesses aux impacts, éliminé la malnutrition d'ici 2030, p.182.

KONE J.D. 2010. Le Samu social Mali et la prise en charge médico-psycho-sociale des enfants de la rue en situation d'urgence sociale 2010, www.memoireonline.com

Laurent Mouloud. 2015. *Le scandale invisible des enfants à la rue*, L'Humanité, 1^{er} décembre 2015 (lire en ligne [archive]).

Cellule de la Planification et de la Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Etudes et d'Informations Statistiques (INFO-STAT). 2014. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012-2013.

Samu social International. 2017. Situation des enfants de la rue, https://fr.wikipedia.org/wiki/Enfant_des_rues: 13h00, 11-10-2017

Samu Social Mali. 2017. La prévention du VIH/Sida chez les adolescents et jeune de la rue à Bamako p7

SAMU social Mali. 2013. Rapport d'activités Annuel 2012 p 15,16, 18

SAMU social Mali. 2017. Rapport d'activités Annuel : p9, 13

UNICEF. 2009. Inscrit dans la Déclaration des Droits de l'Homme, la Convention Internationale des droits de l'enfant et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le droit à la nutrition est encore loin d'être appliqué partout dans le monde. Consulté sur <https://www.unicef.fr/article/la-malnutrition-dans-le-monde-les-plus-vulnérables-dans-le-viseur>

Unicef, *State of the World Children*. 2006. Enfants des rues. (ISBN 978-92-806-3916-2) [[lire en ligne \[archive\]](#)], p. 41